

ASSOCIAZIONE ITALIANA OPERATORI SANITARI
OTORINOLARINGOIATRIA
(I.P. e TECNICI) (A.I.O.S.O.)

RINNOVO ISCRIZIONE

Il/a Sottoscritto/a _____ C.F. _____
Nato/a il _____ a _____ Provincia _____
Residente in Via _____ N° _____
Comune _____ Provincia _____
C.A.P. _____ Telefono _____ Cellulare _____
Fax _____ Indirizzo e-mail _____

IN SERVIZIO PRESSO

Azienda Ospedaliera _____
Via/P.za/C.so _____ N° _____
Comune _____ Provincia _____
C.A.P. _____ Telefono _____ Fax _____
U.O. ORL. Degenza Sala Operatoria Tecnico
Abilitato alle Funzioni Direttive **SI** **NO**
Altre specializzazioni _____

TESSERA N°

N.B.: Si prega di scrivere a macchina o in stampatello e di includere tutti i dati richiesti in modo chiaro e leggibile.

AGLI ISCRITTI PER GARANTIRE LA PRIVACY

Ai sensi dell'articolo 10 della Legge 675/96 si comunica agli iscritti che i dati da loro forniti all'atto dell'iscrizione saranno contenuti in un archivio informatizzato idoneo a garantire la sicurezza e la riservatezza. Tali dati saranno utilizzati, salvo divieto espresso per iscritto dagli interessati, oltreché per rispetto delle norme contrattuali d'iscrizione, per le attività istituzionali ivi comprese la comunicazione, l'informazione e la promozione, nonché gli obblighi di legge.

Quota: **Rinnovo Iscrizione**

Euro 40

Si prega di accompagnare il modulo di iscrizione con la copia del bonifico di **Euro 40**, comprendente la quota di rinnovo iscrizione causale **Rinnovo Socio Anno 2011** ed inviarla al seguente indirizzo:

A.I.O.S.O. Via Martinengo N° 18 CAP. 25060 Collebeato (Brescia)
Tramite FAX al seguente numero 0302510568

Il versamento del Bonifico deve essere effettuato con la seguente intestazione: causale **Rinnovo Socio Anno 2011**

A.I.O.S.O. Associazione Italiana Operatori Sanitari Otorinolaringoiatria

Coordinate Bancarie : Banco di Brescia ABI-3500 CAB-11224 C.C.-75378
IBAN – IT57E0350011224000000075378 CIN – E

Cordiali saluti

Presidente A.I.O.S.O.

Giulio Belloni

